

太枠の中を記入してください。

変更した部分のみで結構です。

こども医療費受給資格		変更 喪失		届	
(宛先) 小樽市長		令和 8 年 7 月 8 日			
届出人 住所 小樽市		花園 2 丁目 12 番 1 号			
氏 名 小樽 福郎		自 宅 0134 - 32 - 4111 電 話 携 帯 012 - 3456 - 7890 連絡先() - -			
下記のとおり、資格を 令和 8 年 4 月 1 日 に 変更・喪失 しましたので届け出ます。					
受給者番号		1△△△△△△		1○○○○○○○	
受給者氏名		小樽 福太郎		小樽 福次郎	
生 年 月 日		令和 3 年 3 月 3 日		令和 5 年 5 月 5 日	
		令和 7 年 7 月 7 日			
		新		旧	
資 格 変 更 事 由	受給者	氏名			
		住所			
	加入医療保険	証交付希望 (有 ・ 無)			
		保険者名称 小樽市国民健康保険			
主計者	保険者番号 0 1 0 0 3 3				
	記号番号 小樽 123456				
その他	被保険者(世帯主、組合員)氏名 小樽 福郎				
	資格取得年月日 平成・令和 8 年 4 月 1 日				
		氏名 宛名番号			
		所得額 円			
		扶養人数 人 市民税 課税・非課税			
		自宅・携帯・連絡先(- -)			
		連絡先名			
資格喪失事由		転出 (道内・道外) 転出予定日 令和 8 年 7 月 31 日			
		その他 措置入所 生活保護開始 所得超過 事由発生日 令和 年 月 日			

太枠内を
記入してください。

変更の届出が必要となった部分について
記入してください。
また、加入している健康保険が変更になった場合は、新しい健康保険の資格情報が
確認できる書類（資格情報のお知らせ、
資格確認証など）の写しを必ず添付して
ください。

市外に転出するなど、
受給資格を喪失する届出を
行う際は、現在、お手持ちの
「こども医療費受給者証」も
併せて提出（返却）してくだ
さい。

記入不要です